様式２（連携型特定地域医療提供機関（連携Ｂ水準）指定申請）

年　　月　　日

青森県知事　殿

開設者

　住　所

氏　名

連携型特定地域医療提供機関の指定申請について

医療法（昭和23年法律第205号。以下「医療法」という。）第118条の規定により、別紙のとおり申請する。

１．開設者

|  |  |
| --- | --- |
| 住所（法人であるときは主たる事務所の所在地） | ふりがな |
|  |
| 氏名（法人であるときはその名称） | ふりがな |
|  |

２．指定を予定する医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者の氏名 | ふりがな |
|  |
| 名 称 | ふりがな |
|  |
| 所在の場所 | ふりがな |
|  |

３．添付書類

①　医師労働時間短縮計画（案）

②　医療法第118条第１項の指定にかかる派遣の実施に関する書類

③　医療法第118条第２項において準用する方第113条第３項第２号の要件を満たすことを証する書類

④　医療法第118条第２項において準用する法第113条第３項第３号の要件を満たすことを誓約する書類

⑤　医療法第132条の規定により通知された法第131条第１項第１号の評価の結果を示す書類